

4Life Direct Sp. z o.o.  
Dział Odszkodowań  
ul. Senatorska 18  
00-082 Warszawa

Numer sprawy: \_\_\_\_\_

**INFORMACJE OGÓLNE**

1. Prosimy wypełnić wniosek DUŻYMI LITERAMI.
2. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania.
3. W przypadku braku miejsca na niniejszym wniosku prosimy o rozwinięcie odpowiedzi oraz podpisanie się na odwrocie lub na osobnej kartce.

**1. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU OSOBY UBEZPIECZONEJ**

Nazwa i adres szpitala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data pobytu od: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ do: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Który to pobyt z kolei w związku z daną chorobą/wypadkiem? ☐

Data wypadku: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI:**

☐ nagłe zachorowanie ☐ choroba przewlekła ☐ konsekwencja choroby przewlekłej

Data zdiagnozowania choroby będącej powodem hospitalizacji: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

☐ nieszczęśliwy wypadek

Data wypadku: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**KRÓTKI OPIS WYPADKU/ CHOROBY BĘDĄCEJ PRZYCZYNĄ HOSPITALIZACJI:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. CEL POBYTU W SZPITALU**

☐ diagnostyczny ☐ ustalenie przyczyny istniejących dolegliwości ☐ obserwacyjny ☐ badania kontrolne ☐ badania okresowe

☐ leczniczy ☐ leczenie ostrych dolegliwości ☐ leczenie zaostrzenia choroby przewlekłej ☐ leczenie urazów doznanych w wyniku NW

☐ operacja chirurgiczna RODZAJ OPERACJI: \_\_\_\_\_

**4. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA PACJENTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oświadczam, że odpowiedzi na powyższe pytania zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z prawdą i moją wiedzą.

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć Lekarza